



Vieillir et devenir vulnérable

«Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées». Sur la base de cette définition éthique de la vulnérabilité, quatre grands facteurs de risque de vulnérabilité chez la personne âgée sont identifiés dans cet article : la dépendance fonctionnelle, la perte de l'autonomie, la précarité sociale et la limitation de l'accès aux soins. Une vignette clinique relatant une situation de maltraitance est présentée comme illustration de la vulnérabilité. Quelques pistes d'intervention pour diminuer le risque de vulnérabilité sont finalement proposées.

Rev Med Suisse 2009; 5: 2353-7

**S. Monod
A. Sautebin**

Drs Stéphanie Monod
et Annelore Sautebin
Service de gériatrie
et réadaptation gériatrique
CUTR Sylvana
Département de médecine
CHUV, 1066 Epalinges
Stefanie.Monod-Zorzi@chuv.ch
Annelore.Sautebin@chuv.ch

Aging and becoming vulnerable

«The vulnerable are those whose autonomy, dignity and integrity are capable of being threatened». Based on this ethical definition of vulnerability, four risk factors of vulnerability might be identified among elderly persons, and are described in this article: the functional limitation, the loss of autonomy, the social precariousness and the restriction of access to medical care. A clinical case of elderly abuse is presented to illustrate vulnerability. Finally, some recommendations to lower the risk of vulnerability in elderly persons are proposed.

«La misère d'un enfant intéresse une mère,
la misère d'un jeune homme intéresse une jeune fille,
la misère d'un vieillard n'intéresse personne.»
Victor Hugo «Les misérables», 1862

INTRODUCTION

«Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité, et l'intégrité sont menacées».¹ Sur la base de cette définition éthique de la vulnérabilité, on peut considérer que les personnes âgées, confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et à la perte de rôle social,² sont à risque de devenir vulnérables. Néanmoins, les personnes âgées ne vieillissent pas de manière uniforme et toutes ne sont donc pas confrontées à la vulnérabilité. Cet article tente de mettre en évidence les facteurs de risque associés à la vulnérabilité chez les personnes âgées et propose quelques pistes d'interventions pour prévenir ou diminuer cette vulnérabilité.

FACTEURS DE RISQUE DE VULNÉRABILITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Schématiquement, quatre grands facteurs de risque peuvent être identifiés (figure 1).

Dépendance fonctionnelle

La dépendance fonctionnelle est définie par une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne (AVQ). En Suisse, 10% des personnes de plus de 65 ans et 20% de celles entre 75 et 94 ans, ont besoin d'aide pour effectuer au moins une AVQ de base (telle que se laver ou s'habiller).³ Les pathologies les plus prévalentes associées à la survenue de la dépendance fonctionnelle sont les pathologies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les fractures de hanche, l'arthrose et les troubles cognitifs.² La dépendance fonctionnelle engendre une *dépendance à autrui*, et en particulier au soignant. Or, l'accès du soignant à l'intimité de la personne (nudité lors de la toilette, gestion d'une incontinence urinaire ou fécale par exemple), de même que la profonde *asymétrie de la relation soignant-soigné* en termes de connais-

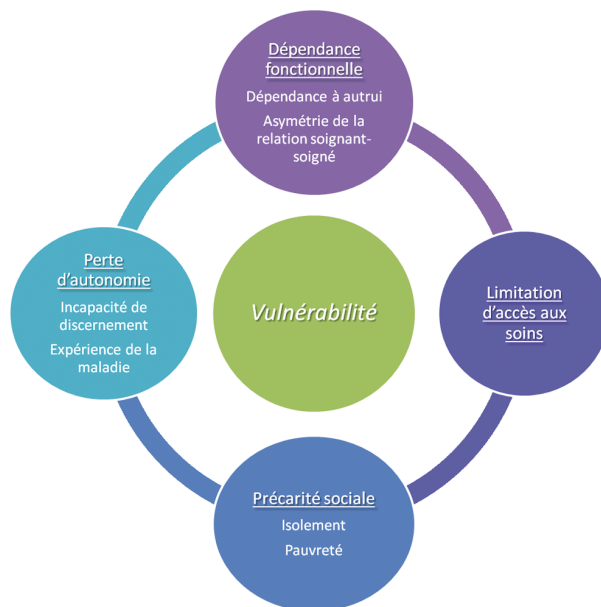


Figure 1. Facteurs de risque de vulnérabilité de la personne âgée

sance et de pouvoir, peuvent porter atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de la personne,⁴ la rendant vulnérable au sens de la définition éthique proposée plus haut. Le patient, en position de dépendance, ne peut que mettre sa confiance dans la bienfaisance du soignant. Cette situation engendre donc une responsabilité éthique et sociale du soignant qui a l'obligation morale de maximiser les effets des actes médicaux sur le bien-être de l'humain (*bienfaisance*) et de minimiser les effets délétères de ces actes (*non-malfaisance*).

Perte de l'autonomie

L'autonomie est la capacité à choisir de son propre chef, sans se laisser influencer par une autorité extérieure.⁵ La perte de son autonomie rend la personne vulnérable, en la privant de la faculté d'agir par elle-même, et en lui imposant des décisions prises par autrui. La perte de la capacité de discernement, en particulier, prive la personne de l'exercice de son droit à l'autonomie. Bien qu'il n'existe pas de pathologies invariablement associées à l'*incapacité de discernement*, les troubles neuropsychiatriques, en particulier démence et dépression majeure, sont associés à un risque accru de perdre sa capacité de discernement. Cette capacité dépend de la sévérité de l'atteinte cognitive ou dépressive, ainsi que de la complexité de la question posée au malade.^{6,7}

La perte de l'autonomie peut également résulter, y compris en l'absence de déficits cognitifs, d'une atteinte liée à l'*expérience de la maladie*. La perte de contrôle sur soi, l'isolement profond, la dépendance à l'égard des autres, la crainte de la mort, et la perte des cadres de référence habituels (lors d'une hospitalisation par exemple), sont autant de facteurs qui peuvent porter atteinte à l'autonomie de la personne malade.⁸

Précarité sociale

La précarité sociale de la personne âgée en Suisse touche principalement deux domaines: l'isolement social et la pauvreté.

L'*isolement social* est associé à une qualité de vie et une santé physique et mentale moins bonnes.⁹ Chez les personnes âgées, l'isolement social est en particulier un facteur de risque indépendant d'inactivité physique et augmente de près de 60% le risque de devenir inactif sur un suivi de deux ans.¹⁰ En Suisse, près de 5% de la population est âgée de plus de 80 ans. Ce chiffre va augmenter de manière considérable ces prochaines années en raison du vieillissement démographique. Dans cette tranche d'âge, près de 42% des hommes et 87% des femmes vivent seuls, le plus souvent suite à un veuvage. Le soutien intergénérationnel s'est progressivement effondré au cours des dernières décennies en raison de l'évolution démographique et du vieillissement de la population. Les personnes âgées sont donc confrontées à la fois à l'absence de descendants ou à des enfants incapables d'assumer des soins en raison de leur âge avancé et de leur propre état de santé, ou d'activités professionnelle et familiale. Une des conséquences de cette diminution du soutien intergénérationnel est l'augmentation du recours au voisinage pour de l'aide: 24% des personnes de plus de 80 ans bénéficiaires de prestations médico-sociales reçoivent, au moins une fois par semaine, un soutien du voisinage.¹¹

La *pauvreté*, qui peut se définir comme l'impossibilité, due à un manque de ressources, de mener une vie conforme aux attentes et aux valeurs de la société, existe également en Suisse. Environ 3 à 4% des personnes de plus de 65 ans sont considérées comme pauvres (revenu inférieur à 60% du revenu équivalent médian).¹² Ce chiffre s'élevait à 17% en 1990, avant l'introduction des prestations complémentaires (PC) auxquelles ont recours actuellement 12% des plus de 65 ans. Néanmoins, malgré l'amélioration des conditions financières des retraités, liée en particulier à la mise en œuvre de la Loi sur la prévoyance professionnelle et des PC, 27% des rentiers AVS ont un revenu global inférieur à 2000.-/mois et 50% inférieur à 3000.-/mois. Les liens entre précarité socio-économique et santé, qui ont été largement étudiés dans la population adulte, restent plus controversés dans la population âgée. L'impact du gradient social sur la survenue de nouvelle pathologie semble en effet décliner avec l'âge,¹³ même si de récentes études longitudinales ont pu mettre en évidence la persistance d'un impact sur la survenue du déclin fonctionnel.¹⁴

La pauvreté et l'isolement social, au-delà de leur impact sur la santé, restent néanmoins des facteurs associés à un risque plus élevé de vulnérabilité, notamment lorsqu'ils sont cumulés à d'autres facteurs de risque.

Limitation de l'accès aux soins

La limitation de l'accès aux soins est également un facteur de risque de vulnérabilité pour la personne âgée dans notre système de soins actuel. Une étude effectuée en 2005¹⁵ a mis en évidence qu'il existait, en Suisse, un rationnement implicite des soins (notamment de réadaptation et de longue durée pour les personnes avec maladies



chroniques) et que les personnes âgées étaient clairement identifiées, tout comme les personnes avec un faible niveau d'intégration sociale, comme un groupe à risque de souffrir d'une limitation d'accès aux soins.

MALTRAITANCE DE LA PERSONNE ÂGÉE: UNE ILLUSTRATION DE LA VULNÉRABILITÉ

Vignette clinique

Madame G., 88 ans, vit dans la maison familiale avec son fils cadet Marcel, célibataire et au chômage. Elle a un autre fils, marié, qui vit en France. Elle souffre d'une démence vasculaire, de troubles de la marche et de douleurs chroniques. Depuis deux ans, Marcel s'occupe de la gestion des finances de sa mère et fait les courses. M^{me} G. bénéficie quotidiennement des repas à domicile. Elle est hospitalisée suite à une fracture ouverte de la cheville, survenue lors d'une chute dans le jardin.

La voisine raconte que lors de cette chute, le fils Marcel n'aurait pas entendu sa mère appeler à l'aide et qu'ainsi, M^{me} G. aurait passé toute la nuit dehors. Au matin, c'est la voisine qui aurait entendu M^{me} G. appeler et serait intervenue. Le fils aîné et la voisine relatent des conditions de vie difficiles à domicile. La température de l'appartement serait de 16°C en hiver car Marcel serait soucieux de faire des économies. M^{me} G. n'aurait plus d'argent pour aller chez le coiffeur et Marcel mangerait une partie des repas livrés à domicile. Interrogée sur ses conditions de vie à domicile, M^{me} G. reconnaît volontiers certaines difficultés, tout en les banalisant. Elle mentionne à plusieurs reprises qu'elle ne veut pas aller en établissement médico-social.

Le cumul de divers facteurs de risque de vulnérabilité chez la personne âgée peut engendrer de la maltraitance. Cette dernière reste toutefois peu connue et souvent pas diagnostiquée. Elle peut prendre différentes formes (abus physiques, psychologiques, par négligence, ou matériels). Dans l'enquête suisse sur la santé de 1997, 3,9% des personnes de plus de 65 ans vivant en ménage privé disaient avoir subi des violences au cours des douze derniers mois. Les facteurs de risque associés à la maltraitance chez les victimes sont la présence de troubles cognitifs, d'un isolement social, et d'une dépendance physique. Chez les auteurs, la présence d'une psychopathologie et une dépendance financière à l'égard de la personne maltraitée, sont les deux facteurs de risque les plus communs.¹⁶ Les conséquences de la maltraitance sont difficiles à mesurer. Néanmoins, dans une étude réalisée chez des personnes âgées vivant dans la communauté, la maltraitance était associée à un risque quatre fois plus élevé d'entrer en institution¹⁷ (après ajustement pour des facteurs démographiques, médicaux, fonctionnels et sociaux) et, à état de santé et de dépendance similaires, les personnes âgées maltraitées avaient trois fois plus de risques de mourir que celles non maltraitées.¹⁸ Les interventions pour prendre en charge les situations de maltraitance sont complexes et interdisciplinaires. Quelques pistes d'intervention sont proposées dans le **tableau 1**.

Tableau 1. Exemples d'interventions ciblées pour la maltraitance

Stress chez l'aidant naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de répit (courts séjours, unités d'accueil temporaire) • Augmentation du réseau familial et social • Soutien à l'aidant (traitement d'une dépression, groupes d'entraide)
Démence et troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation gériatrique globale (recherche d'un état confusionnel, prise en charge des troubles du comportement, évaluation par psychiatre de l'âge avancé)
Abus financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures tutélaires
Conseils aux professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Association Alter Ego (www.alter-ego.ch)

DIMINUER LES RISQUES DE VULNÉRABILITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Dans le cadre de la prise en charge des patients âgés, quelques points méritent une attention particulière dans le but de réduire les risques de vulnérabilité.

Améliorer la prévention et la prise en charge de la dépendance fonctionnelle

Il existe encore aujourd'hui clairement un potentiel d'amélioration de la *prise en charge médicale* des patients âgés. Un effort doit être consenti pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des syndromes gériatriques. En Suisse, on estime que 20% des personnes de plus de 65 ans n'auraient pas eu de contrôle de leur taux de cholestérol dans les cinq ans précédents, 60% n'auraient pas eu de contrôle de la pression artérielle dans l'année qui précède et 25% n'auraient pas d'activité physique régulière.¹⁹ Par ailleurs, contrairement à la prise en charge habituelle des pathologies de médecine interne, la prise en charge des syndromes gériatriques reste déficiente et le taux d'adhérence aux recommandations de bonnes pratiques est significativement moins bon.²⁰

Finalement, dans le but de freiner le déclin fonctionnel, le recours aux traitements de réadaptation, ambulatoires et stationnaires, devrait être encore amélioré.

Renforcer l'autonomie

La présence d'une incapacité de discernement chez le patient incite souvent les soignants à ne plus les informer des décisions thérapeutiques ou des soins, en privilégiant l'information des proches. Cette attitude peut conduire à une compromission de la relation thérapeutique et à une déshumanisation des soins. Or, quelle que soit leur capacité de discernement, les personnes devraient être impliquées dans le processus décisionnel concernant leurs soins et l'*information* devrait être adaptée aux capacités de compréhension du patient (ni trop d'information, ni trop peu, patience, répétition). Le renforcement de l'autonomie du patient pourra également se faire en favorisant une *approche narrative*, qui laisse au patient la place et le temps de se



Tableau 2. Exemples de ressources sociales

Avec la collaboration de Nicole Rosset-Borremans, infirmière de liaison ARCOS, Lausanne.

Bénévolat/ présence à domicile	Présences Croix-Rouge Le bénévole propose différentes activités ou son aide pour effectuer quelques tâches simples (y compris les week-ends)	www.croixrougevaudoise.ch www.croixrougegenevoise.ch www.redcross.ch
	Association Alzheimer L'association propose des prises en charge à la journée, des visites à domicile, des promenades accompagnées	www.alz.ch
Questions sociales	Pro Senectute Répond aux questions relatives à la santé, à l'habitat, aux finances, aux droits et à la gestion du quotidien	www.pro-senectute.ch
	Guide social	www.guidesocial.ch
	Centre d'informations pour aînés vaudois	www.centreaines.com
Maltraitance	Alter Ego Association qui vise la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées Propose une permanence téléphonique, un appui aux professionnels, de la formation	www.alter-ego.ch

raconter, ainsi que la possibilité de se reconstruire. Prendre en compte les valeurs et les croyances du patient peut en outre aider le soignant à conceptualiser un projet de soins qui ait le plus de sens possible pour le patient.²¹

Améliorer les conditions sociales

On estime que 20 à 30% des personnes ayant droit aux *prestations complémentaires* y renoncent, pour des questions de stigmatisation et de honte, ou de complexité administrative. Un soutien et un encouragement devraient donc être apportés à ces patients pour les aider dans leurs démarches. D'autre part, les soignants devraient rester attentifs à la question de *l'isolement social*. Dans une récente étude randomisée et contrôlée, les personnes âgées ayant bénéficié d'une intervention psychosociale en groupe avaient un taux de mortalité plus bas, une meilleure santé subjective et un recours moindre aux services de santé au terme du suivi.²² Diverses ressources existent pour aider les soignants et quelques-unes sont présentées dans le **tableau 2**.

CONCLUSION

Au cours du vieillissement, de nombreux facteurs peuvent contribuer à l'émergence d'une vulnérabilité chez la personne âgée. Le soignant doit être attentif à ce risque et mettre en œuvre, au-delà de ses compétences purement techniques, des compétences éthiques, humanistes et sociales dans le but de réduire cette vulnérabilité. En parti-

culier, c'est en favorisant une vision globale de la personne et une approche multidimensionnelle (fonctionnelle, médicale, sociale et psychologique) et interdisciplinaire, que la prise en charge de la personne âgée pourra être optimale et que le risque de vulnérabilité pourra être réduit. ■

Remerciements

Avec nos remerciements au Pr Büla, Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV, pour sa relecture attentive.

Implications pratiques

- Les personnes âgées, confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et à la perte de rôle social, sont à risque de devenir vulnérables
- Quatre grands facteurs de risque de vulnérabilité chez les personnes âgées sont identifiés: la dépendance fonctionnelle, la perte de l'autonomie, la précarité sociale et la limitation de l'accès aux soins
- Une prise en compte spécifique de chacun de ces facteurs de risque peut permettre de réduire le risque de vulnérabilité
- Les professionnels de la santé doivent mettre en œuvre, au-delà de leurs compétences purement techniques, des compétences éthiques, humanistes et sociales dans le but de réduire le risque de vulnérabilité

Bibliographie

- 1 Kemp P, Rendtorff JD, Mattsson N. Bioethics and biolaw Vols 1 and 2. Copenhagen: Rhodos, 2000.
- 2 Monod S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Jaccard Ruedin H. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Observatoire suisse de la santé, 2007.
- 3 Cavalli F. Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison. Réalités sociales, 2002.
- 4 * Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, et al. Dignity in older age: What do older people in the United Kingdom think? Age Ageing 2004;33:165-70.
- 5 Beauchamp T, Childress J. (1979, 1983, 1989, 1994), Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press ed., 2001.
- 6 ** Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. (Review) (23 refs). Ann Intern Med 2004;140:54-9.
- 7 Kim SY, Karlawish JH, Caine ED. Current state of research on decision-making competence of cognitively impaired elderly persons. (see comment). (Review) (72 refs). Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:151-65.
- 8 Ricoeur P. Le mal. Un défi à la philosophie et à la théologie. Genève: Labor et Fides, 1996.
- 9 House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science 1988;241:540-5.



- 10** Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. (References). *Health Psychol* 2009; 28:354-63.
- 11** Höpflinger F, Hugentobler V. Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Chêne-Bourg: Ed. Médecine & Hygiène, 2006.
- 12** Kehrli C, Knöpfel C. Manuel sur la pauvreté en Suisse. CARITAS Suisse ed, 2007.
- 13** Mishra GD, Ball K, Dobson AJ, et al. Do socioeconomic gradients in women's health widen over time and with age? (References). *Soc Sci Med* 2004;58:1585-95.
- 14** McMunn A, Nazroo J, Breeze E. Inequalities in health at older ages: A longitudinal investigation of the onset of illness and survival effects in England. *Age Ageing* 2009;38:181-7.
- 15** * Santos-Eggimann B. Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system? Lausanne: University of Lausanne, Institute of social and preventive medicine, 2005.
- 16** * Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. (see comment). (Review) (53 refs). *Lancet* 2004;364:1263-72.
- 17** Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist* 2002;42:734-9.
- 18** Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998;280:428-32.
- 19** Blotzik E, Meyer K, Simmet A, et al. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Observatoire Suisse de la Santé, 2007.
- 20** ** Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. (see comment). *Ann Intern Med* 2003;139:740-7.
- 21** Mattingly C. The concept of therapeutic «employment». *Soc Sci Med* 1994;38:811-22.
- 22** Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, et al. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64:792-800.
- * **à lire**
** **à lire absolument**